재정 지원 정책

1. 정책:

- NorthShore University HealthSystem(NorthShore)의 기본적인 목적은 NorthShore 에서 봉사하는 지역사회에 거주하는 개인과 가족의 필요를 효과적이고 효율적으로 충족하는 양질의 의료 및 건강 관련 서비스를 제공하기 위함입니다. 이 정책의 목적으로, NorthShore 는 다음과 같은 비영리 병원을 칭합니다: Evanston Hospital, Glenbrook Hospital, Highland Park Hospital, Skokie Hospital 및 Swedish Hospital. Swedish Hospital 에는 정책 차이가 적용되며, 그러한 차이는 별도로 명시합니다.

- 자비와 책임 의식이라는 가치에 따라, NorthShore 은 정책적으로 재정 지원이 필요한 환자에게 이를 제공하고 있습니다. 더 나아가, 본 재정 지원 정책(FAP)의 목적은 NorthShore 가 제공하는 응급 또는 의학적으로 필요한 치료에 대해 환자들에게 재정 지원을 승인하는 프레임워크를 제공하는 것입니다.

- 이 정책은 NorthShore 가 재정 상태로 인해 서비스에 대해 비용을 전액 지불할 수 없는 개인에게 재정 지원을 제공하는 구체적인 기준과 신청 과정을 명시합니다. 특정 개인은 추정적으로 무료로 서비스를 받을 자격이 있음을 유의하시기 바랍니다(섹션 4.E 참조).

- 이 정책은 NorthShore 병원에서 제공하는 모든 응급 및 의학적으로 필요한 치료에 적용됩니다. 이 정책은 당 병원 외부 의료 서비스 제공자에 대해서는 구속력이 없습니다. FAP **별첨 1** 에서는 본 정책의 일환으로 서비스가 보장되는 당 병원 시설 내에서 응급 또는 기타 의학적으로 필요한 치료를 제공하는 제공자에 관한 정보와 본 정책의 일환으로 서비스가 보장되지 않는 제공자 목록을 찾아보실 수 있습니다. 본 정책에 따라 재정 지원을 받을 자격이 되는 것으로 판단되는 경우에 한해 제공자 서비스가 보장된다는 점을 유의하시기 바랍니다. **별첨 1** 의 무료 종이 사본은 FAP 의 일부로서 온라인 www.northshore.org/about-us/billing/financial-assistance 또는 www.swedishcovenant.org/for-patients-and-visitors/pay-your-bill/hospital-financial-assistance-policy 에서, 또는 응급부서 및 병원 등록 구역에서 요청하여 받아보실 수 있습니다. Swedish Hospital 의 경우 (847) 570-5000 또는 (773) 989-3841 번으로 전화해 우편을 통해서도 무료 종이 사본을 받아보실 수 있습니다.

- NorthShore 는 보험 프로그램 보장 제한 사항에 관해 환자를 교육하기 위한 노력을 하였고 연방 응급 의료 치료 및 적극적인 노동법(Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA) 의무 사항을 충족하는 경우, 다른 제공자 장소에서 보험 프로그램으로 보장되나 Northshore 에서는 보장되지 않는 서비스를 이 정책에서 제외할 수도 있습니다.

- 본 정책은 재정 지원 할인 금액을 계산 시 NorthShore 가 사용하는 기준과 NorthShore 가 봉사하는 지역사회 내에서 본 FAP 를 널리 홍보하기 위해 NorthShore 가 취하게 될 조치, 재정 지원 자격을 결정하기 위해 NorthShore 가 사용하는 과정 및 재정 지원 신청 과정(있는 경우)을 설명합니다. 미납 시 NorthShore 가 취할 수 있는 조치는 별도의 **청구 및 징수 정책**에서 설명합니다. 해당 정책은 NorthShore 웹사이트 www.northshore.org/about-us/billing/financial-assistance 또는 www.swedishcovenant.org/for-patients-and-visitors/pay-your-bill/hospital-financial-assistance-policy 에서 다운로드하거나, 응급부서 또는 병원 등록 구역에서

또는 Swedish Hospital 의 경우 (847) 570-5000 또는 (773) 989-3841 번으로 전화해 우편으로 무료 종이 사본을 받아보실 수 있습니다.

- 재정 지원 자격이 되려면, 재정 지원 신청서(추정 자격이 되지 않는 환자의 경우)를 작성해 일체의 필수 증빙 서류와 함께 제출해야 합니다. 재정 지원 신청서는 재정 지원을 요청하는 서비스에 대해 첫 번째 청구서가 발송된 날짜로부터 240 일 전까지 제출해야 합니다. 본 정책 후반에 명시된 바에 따라 예외가 승인될 수 있습니다. 본 정책 내 어떤 내용도 오늘자로 현재 효력이 있거나 향후에 효력을 가질 연방, 주 또는 지방 법규에 우선하지 않습니다.

- NorthShore 가 FAP 자격을 결정하는 데 합리적인 노력을 다하였는지를 판단하는 최종 권한은 NorthShore 의 단일 사업 사무실(Single Business Office)과 Swedish Hospital 의 재정 서비스 센터(Financial Services Center)에 있습니다. 본 정책은 자비와 책임 의식이라는 가치에 따라 NorthShore 의 지역사회에 혜택을 주기 위함입니다. 본 FAP 의 존재는 일체 특정 환자에 대한 재정 지원의 제공을 구성하지 않으며 어떠한 계약적인 권리나 의무를 형성하지 않습니다. 본 FAP 는 NorthShore 가 자체 재량으로 업데이트할 수 있습니다.

- 여기에 진술된 정책과 절차는 일리노이주 규정 및 내국세입법(Internal Revenue Code) 섹션 501(r) 및 관련 지침을 준수하고자 함입니다.

2. 범위:

이 정책은 NorthShore 병원에서 제공하는 모든 응급 및 의학적으로 필요한 치료에 적용됩니다. 이 정책은 당 병원 외부 의료 서비스 제공자에 대해서는 구속력이 없습니다. FAP **별첨 1** 에서는 본 정책의 일환으로 서비스가 보장되는 당 병원 시설 내에서 응급 또는 기타 의학적으로 필요한 치료를 제공하는 제공자에 관한 정보와 본 정책의 일환으로 서비스가 보장되지 않는 제공자 목록을 찾아보실 수 있습니다. 본 정책에 따라 재정 지원을 받을 자격이 되는 것으로 판단되는 경우에 한해 제공자 서비스가 보장된다는 점을 유의하시기 바랍니다.

3. 정의:

<u>신청서</u> - 재정 지원을 위해 환자가 작성하는 신청서를 의미합니다.

<u>신청 기간</u> - NorthShore 는 이 신청 기간 동안 재정 지원을 위한 신청서를 수락 및 처리합니다. 신청 기간은 해당 개인에게 치료가 제공된 날짜에 시작되어 이 치료에 대한 첫 번째 청구서 날짜 이후 240 일이 되는 날에 종료됩니다.

<u>일반 청구 금액(Amounts Generally Billed, AGB)</u> - 재정 지원 자격이 되는 환자에게는 응급 또는 의학적으로 필요한 치료에 대해 보험이 있는 환자에 대한 일반 청구 금액(AGB)보다 더 많은 금액이 청구되지 않습니다.

1) NorthShore AGB 비율은 "사후 조정(look-back)" 방식으로 계산됩니다. 이는 Medicare 행위별 수가 금액과 민간 보험사에서 허용한 청구 총액을 12 개월에 대해 총 비용으로 나눈 것입니다. 재정 지원 자격이 되는 환자에게 제공되는 금액은 환자들에게 AGB 이상으로 청구하지 않기 위해 AGB 비율 한도에 대해 검토하게 됩니다.

2) AGB 비율은 FAP 의 **별첨 2** 에서 확인하실 수 있습니다.

3) 매년 수정 AGB 비율을 계산해 연도 시작 후 120 일이 되는 날부터 적용합니다.

제공된 서비스 비용 - 최초 청구 시 일반적으로 통상적인 요금으로, Northshore 가 가장 최근에 제출한 Medicare 비용 보고서에서 가져온 병원의 비용 대 요금 관계(병원의 "비용 때 요금 비율"이라고도 함)를 곱한(제한) 금액. 비용은 매년 업데이트됩니다.

선택적 서비스 - 즉각적인 주의가 필요하지 않은 상태를 치료하는 서비스. 선택적 서비스에는 환자에게 이롭지만 긴급하지 않은 절차가 포함되며, 의학적으로 필요한 서비스와 단지 외양을 개선하기 위해 수행하는 성형 및 치과 수술과 같이 의학적으로 필요하지 않은 서비스 또는 건강 보험 플랜이 일반적으로 보장하지 않는 기타 선택적 절차가 포함됩니다. 의학적으로 필요하지 않은 선택적 서비스는 재정 지원 대상으로 고려되지 않습니다.

응급 서비스 - 충분한 중증도의 급성 증상(중증의 통증, 정신과적 혼란 및/또는 물질 남용의 증상 포함)이 있는 환자에게 제공되는 서비스로, 즉각적인 의료적 주의가 부재할 경우 해당 개인(또는 임신한 여성의 경우, 해당 여성 또는 그 여성의 태아)의 건강이 심각한 위험에 처하거나 신체 기능의 심각한 장애 혹은 신체 장기 또는 일부의 심각한 기능장애를 유발할 것으로 합리적으로 예상되는 경우.

특별 징수 조치(Extraordinary Collection Actions, ECA) - 이는 법적 혹은 사법적 절차를 요하는 징수 조치로서 다른 당사자에 부채 매각이나 신용조사기관에 불리한 정보 보고와 같은 기타 활동과 관련될 수 있습니다. NorthShore 는 ECA 에 관여하지 않으며, 해당 징수 외부 업체에 ECA 관여를 허용하지도 않습니다. NorthShore 의 징수 정책에 관한 더 자세한 정보는 NorthShore 의 별도 **청구 및 징수 정책**에서 확인하실 수 있습니다. 본 정책의 무료 종이 사본은 온라인 www.northshore.org/about-us/billing/financial-assistance 또는 www.swedishcovenant.org/for-patients-and-visitors/pay-your-bill/hospital-financial-assistance-policy 에서 다운로드하거나, 응급부서 또는 병원 등록 구역에서 또는 Swedish Hospital 의 경우 (847) 570-5000 또는 (773) 989-3841 번으로 전화해 우편으로 무료 종이 사본을 받아보실 수 있습니다.

가족 - 환자, 환자의 배우자/합법적 동성 파트너, 환자의 부모 또는 보호자(미성년 환자의 경우) 및 환자 또는 환자의 소득신고서 상 공제 대상으로서 환자나 환자의 부모 또는 보호자의 가구 내에 거주하는 일체 피부양자.

가족 소득 - 가족의 연간 근로 소득과 모든 소득원으로부터의 현금 혜택을 합한 세전 합계에서 미 국세청에 신고 가능한 자녀 양육비 지급금을 제한 것. 가족 소득에는 근로 소득, 실업 수당, 산재 수당, 사회보장, 보충보장 소득, 공공 지원, 재향군인 수당, 피해자 수당, 연금 또는 은퇴 소득, 이자, 배장금, 위자료, 자녀 양육비 및 기타 소득원이 포함되나 이에 국한되지 않습니다.

연방 빈곤선(Federal Poverty Level, FPL) - 개인이 빈곤의 임계치에 있다고 간주되는 소득 수준. 이 소득 수준은 가족 단위 크기에 따라 달라집니다. 빈곤선은 미 보건복지부(Department of Health and Human Services)에서 매년 업데이트해 연방 관보에 게재합니다. 본 정책의 목적으로, 이 게재된 가이드라인에서 빈곤선은 총소득을 나타냅니다. 본 정책의 목적으로 사용되는 FPL 은 매년 업데이트됩니다. FPL 은 **별첨 3** 에서 확인하실 수 있습니다.

재정 지원 - 재정 지원은 병원 환경에서 NorthShore 가 제공하는 의학적으로 필요하거나 응급한 의료 서비스를 받는 데 도움이 되기 위해 Northshore 의 FAP 에 정의된 대로 특정 재정 및 기타 자격 기준을 충족하는 환자에게 NorthShore 가 제공하는 지원을 의미합니다. 자격이 되는 환자에는 무보험 환자, 저소득 환자 및 부분 보장이 있으나 나머지 의료비 청구서 일부 또는 전액을 지불할 수 없는 환자가 포함됩니다.

의학적으로 필요한 서비스 - 진단, 직접 치료 및 의학적 상태에 대한 치료를 위해 제공되고, 현지 지역에서 양호한 의학 실제의 기준을 충족하고, Medicare 및 Medicaid 프로그램이 보장하고 의학적으로 필요한 것으로 간주하며,

주로 해당 환자나 의사의 편의를 위한 것이 아닌 서비스 또는 용품. 의학적으로 필요한 서비스에는 성형 수술 또는 사회, 교육 또는 직업 서비스와 같은 비의학적 서비스는 포함되지 않습니다.

평문 요약 - NorthShore 의 FAP 의 평문 요약에는 다음이 내용이 포함됩니다: 1) 자격 요건 및 제공되는 지원에 대한 간략한 설명, 2) 재정 지원 신청서를 받을 수 있는 웹사이트 및 실제 장소 목록, 3) FAP 무료 종이 사본을 받는 방법에 관한 지침, 4) 신청 과정과 관련해 지원을 받을 수 있는 연락처 정보, 5) FAP 및 관련 서류에 대한 언어 번역 가용성 및 6) 재정 지원 자격이 있는 것으로 판정되는 환자에게는 응급 또는 의학적으로 필요한 서비스에 대해 AGB 이상으로 청구하지 않는다는 진술.

추정적 자격 - 무보험 환자 편에서 재정 지원 신청서 작성 없이 재정직 필요를 입증하는 것으로 간주된 특정 기준에 따라 이루어지는 재정 지원 자격 판정.

합리적인 노력 - NorthShore 는 FAP 평문 요약을 제공해 NorthShore 의 FAP 에 대해 환자에게 알림을 제공하기 위한 합리적인 노력을 다할 것입니다. 또한, NorthShore 는 NorthShore 의 FAP 에 대해 환자에게 알리기 위해 다음의 단계를 따를 것입니다.

1) 불완전한 신청서 - 환자 및/또는 환자의 가족 구성원이 불완전한 재정 지원 신청서를 제출하는 경우, NorthShore 는 어떤 추가 정보 또는 서류가 필요한지 설명하는 서면 알림을 제공합니다.

2) 작성 신청서 - 환자 및/또는 환자의 가족 구성원이 작성을 완료한 재정 지원 신청서를 제출하면, NorthShore 는 적시에 환자가 제정 지원 자격이 되는지에 관한 결정을 문서화한 서면 알림을 제공하고 해당 환자에게 서면으로 결정 내용(해당하는 경우, 환자가 자격이 되는 지원 내용)과 그러한 결정의 근거를 알립니다. 이 알림에는 (승인된 신청에 대한) 재정 지원 비율 금액 또는 거부 사유와 해당하는 경우 환자 및/또는 가족으로부터 기대되는 지불액도 포함됩니다. 환자 및/또는 가족은 작성한 신청서에 대한 평가 동안 계속 내역서를 받게 됩니다.

3) 환자 내역서 - NorthShore 는 환자의 계정과 납부할 금액을 설명하는 일련의 내역서를 발송할 것입니다. 환자 내역서에는 환자가 NorthShore 에 알릴 책임이 있는 일체의 이용 가능한 건강 보험 보장에 대한 요청이 포함되며 NorthShore 의 FAP 안내문, 재정 지원을 요청할 수 있는 전화번호 및 재정 지원 문서를 얻을 수 있는 웹사이트 주소가 포함됩니다.

4) NorthShore 웹사이트 - NorthShore 의 웹사이트는 눈에 잘 띄는 곳에 재정 지원을 이용할 수 있다는 안내문을 재정 지원 신청 과정에 대한 설명과 함께 게시할 것입니다. NorthShore 는 FAP 를 FAP 에 따라 보장되고 또 보장되지 않는 제공자 명단, 평문 요약, 재정 지원 신청서 및 청구 및 징수 정책과 함께 www.northshore.org/about-us/billing/financial-assistance 또는 www.swedishcovenant.org/for-patients-and-visitors/pay-your-bill/hospital-financial-assistance-policy 에 게시할 것입니다. NorthShore 는 응급부서 및 등록 구역에 요청 시 또는 Swedish Hospital 의 경우 (847) 570-5000 또는 (773) 989-3841 번으로 전화해 이러한 서류의 종이 사본을 우편으로 받아볼 수 있도록 제공할 것입니다.

무보험 환자 - NorthShore 가 제공한 의료 서비스 비용의 지불을 위해 NorthShore 가 환자가 제공하거나 다른 정보원으로부터 획득한 서류 및 정보를 토대로 판단하는 바에 따라, 건강 보험으로 전체 또는 부분적으로 보장되지 않고 공공 또는 민간 건강 보험, 건강 혜택 또는 기타 건강 보장 프로그램(민간 보험, Medicare 또는 Medicaid 또는 범죄 피해자 지원(Crime Victims Assistance)을 포함하되 이에 국한되지 않음)에 따른 수혜자가 아니고 부상이 산재 보험, 자동차 보험 또는 책임 또는 기타 제 3 자 보험의 목적으로 보상 가능하지 않은 환자.

긴급 서비스 - 즉각적인 의료적 주의를 요하는 예기치 못한 질병 또는 부상을 치료하는 서비스로서(일반적으로 48 시간 이내에), 생명을 위협하는 경우는 아니나 치료가 장시간 지연될 경우 해당 환자의 건강 또는 웰빙을 위협할 수 있음.

4. 절차:

A. *통신*: 우리 환자, 가족 및 광의의 지역사회가 재정 지원의 가용성을 알도록 하기 위해, NorthShore 는 몇 가지 단계를 거쳐 산하 병원의 환자와 방문객을 대상으로 재정 지원의 가용성을 알리고 산하 병원들이 봉사하는 광의의 지역사회 시민을 대상으로 본 정책을 널리 홍보할 것입니다. 이러한 조치에는 다음이 포함됩니다:

i. *재정 상담*: NorthShore 는 환자들이 병원비 청구서의 부담분을 지불하는 데 어려움이 예상되는 경우 병원 재정 상담사로부터 정보를 구하도록 독려합니다. 저희 상담사들은 무보험이거나 보험이 불충분하거나 저희가 제공하는 의료 서비스 비용을 지불하는 것과 관련해 다른 재정적 어려움이 있는 환자들을 돕기 위해 최선을 다합니다. 이들 상담사들은 다양한 정부 재원의 프로그램에 대한 환자 자격을 선별하거나, 산재 보험 또는 책임 보험 청구와 관련해 지원하거나, 기한을 연장한 납부 계획을 세우거나 또는 환자들의 재정 지원 신청을 돕습니다.

ii. *평문 요약*: NorthShore 의 FAP 평문 요약서 종이 사본을 모든 환자에게 제공할 것입니다. NorthShore 는 재정 지원 서류 무료 종이 사본을 온라인 www.northshore.org/about-us/billing/financial-assistance 또는 www.swedishcovenant.org/for-patients-and-visitors/pay-your-bill/hospital-financial-assistance-policy 에서, 또는 응급부서 및 등록 구역에서 요청 시 받아보실 수 있도록 할 것입니다. Swedish Hospital 의 경우 (847) 570-5000 또는 (773) 989-3841 번으로 전화해 우편을 통해서도 무료 종이 사본을 받아보실 수 있습니다.

iii. *번역 사본*: NorthShore 는 FAP, 평문 요약, 재정 지원 신청서 및 청구 및 징수 정책을 영어를 비롯해, 개인 1,000 명과 NorthShore 병원들의 영향을 받거나 조우할 가능성이 있는 인구의 5% 중 더 적은 쪽이 구사하는 일체 기타 언어로 제공할 것입니다. NorthShore 는 이들 서류의 무료 종이 사본을 온라인 www.northshore.org/about-us/billing/financial-assistance 또는 www.swedishcovenant.org/for-patients-and-visitors/pay-your-bill/hospital-financial-assistance-policy 에서, 또는 응급부서 및 병원 등록 구역에서 요청 시 받아보실 수 있도록 할 것입니다. Swedish Hospital 의 경우 (847) 570-5000 또는 (773) 989-3841 번으로 전화해 우편을 통해서도 무료 종이 사본을 받아보실 수 있습니다.

iv. *"We Can Help" 사이니지*: 모든 재정 지원 관련 사이니지는 NorthShore 응급부서 및 환자 등록 구역을 포함하되 이에 국한되지 않고 대중에게 잘 보이는 위치에 명백하고 눈에 띄게 게시할 것입니다. 사이니지에는 재정 지원을 이용할 수 있음과 자세한 정보를 위해 재정 상담사에게 연락할 수 있는 전화번호를 표시할 것입니다.

v. *소책자*: NorthShore 환자 출입구, 등록, 응급부서 및 출납처에 소책자를 배치할 것이며, 여기에는 환자가 Medicare, Medicaid, All Kids, Family Care 등 및 NorthShore 의 재정 지원 프로그램을 신청할 수 있는 법에 관한 안내가 포함될 것입니다. 재정 지원의 검토 또는 신청에 대한 도움과 관련된 연락처 및 전화번호도 포함됩니다.

vi. *웹사이트*: NorthShore 의 웹사이트는 눈에 잘 띄는 곳에 재정 지원을 이용할 수 있다는 안내문을 재정 지원 신청 과정에 대한 설명과 함께 게시할 것입니다. NorthShore 는 FAP 를 FAP 에 따라 보장되고 또 보장되지

않는 제공자 명단, 평문 요약, 재정 지원 신청서 및 청구 및 징수 정책과 함께 NorthShore 웹사이트 www.northshore.org/about-us/billing/financial-assistance 또는 www.swedishcovenant.org/for-patients-and-visitors/pay-your-bill/hospital-financial-assistance-policy 에 게시할 것입니다. NorthShore 는 또한 이러한 문서의 무료 종이 사본을 응급부서 및 등록 구역에 요청 시 받아볼 수 있도록 할 것입니다. Swedish Hospital 의 경우 (847) 570-5000 또는 (773) 989-3841 번으로 전화해 우편을 통해서도 무료 종이 사본을 받아보실 수 있습니다.

vii. *환자 청구서 및 내역서*: 환자 내역서에는 환자가 NorthShore 에 알릴 책임이 있는 일체의 이용 가능한 건강 보험 보장에 대한 요청이 포함되며 NorthShore 의 FAP 안내문, 재정 지원을 요청할 수 있는 전화번호 및 재정 지원 문서를 얻을 수 있는 웹사이트 주소가 포함됩니다.

B. *자격 결정*: 재정적 필요는 재정적 필요에 대한 개별 평가와 관련된 절차에 따라 결정됩니다. 그러한 절차를 아래에 명시하였습니다.

i. 추정적 자격 결정은 아래 섹션 4.E.에 명시된 기준에 따라 완료됩니다. 환자가 재정 지원에 대해 추정적으로 자격이 되면, 재정 지원 신청이 필요하지 않습니다. 환자 또는 보증인에게는 선별 과정에 협조하고 추정적 자격 결정과 관련된 개인 또는 재정 정보 및 문서를 제공할 것이 기대됩니다.

ii. 환자 또는 보증인에게 재정적 필요 결정과 관련된 개인 또는 재정 정보 및 문서를 제공할 것이 기대되는 재정 지원 신청 과정.

iii. 적합한 대안 지불원 및 공공 및 민간 지급 프로그램의 보장을 탐색하고 환자가 그러한 프로그램을 신청하도록 하기 위한 NorthSore 의 합리적인 노력. 보장을 추구하는 방법은 다음과 같습니다:

a) 산재 보상 또는 공적 책임 청구와 관련된 이용 가능한 웹사이트 및 연락처 정보
b) 경찰 구류 중인 환자에 대해 이용 가능한 연락처 정보
c) 공개 등록 중 교환 건강 보장을 신청하는 환자들을 위한 “Get Covered Illinois” 웹사이트
d) 건강 보험 보장, 공공 원조 보장, DHS 복지 서비스, Illinois Healthy Women 프로그램, Renal services only 및 빈곤 가정 임시 지원(Temporary Assistance for Needy Families, TANF) 자격을 검색하기 위한 ("Passport OneSource"의 일환으로) eCareNext 도구
e) 공공 원조 보장을 검색하기 위한 주의 PACIS 및/또는 IES 데이터베이스
f) Illinois Link EBT 카드 웹사이트를 통한 SNAP 검색 도구
g) 공공 원조 보장을 검색하기 위한 Experian 자격 도구
h) 기타 적합한 제 3 자 소스

iv. 환자 또는 보증인의 지불 능력에 관한 정보(신용 점수 포함)를 제공하는 공개적으로 이용 가능한 외부 데이터 소스의 사용(섹션 4.G. 참조).

v. NorthShore 에서 이루어진 이전 서비스에 대한 환자의 미납 계정 및 환자의 지불 또는 악성 채무 이력에 대한 검토.

vi. NorthShore 가 제공하는 재정 지원의 수준은 소득, 가족 규모 및 FPL 을 토대로 합니다. 가족 소득이 FPL 의 4~6 배 사이인 무보험 인구에 대한 유일한 요건은 일리노이주 거주 여부입니다. 무보험 및 유보험 환자 모두 재정 지원을 신청할 수 있습니다. 그리고

vii. 환자의 재정 지원 자격은 아래 표를 근거로 하며 재정 상황과 제 3 자 의료 혜택의 가용성을 참작해 환자의 재정 상태를 근거로 달라질 수 있습니다. 자격 가이드라인은 연방 정부가 빈곤선 가이드라인을 게재한 후 매년 개정되며 여기에는 NorthShore 이 가장 최근에 접수한 Medicare 비용 대 요금 비율도 포함됩니다. 아래에 명시한 가이드라인을 초과하는 소득의 가족은 지불 계획 고려 대상으로 선별 평가를 받을 수 있습니다.

C. *무보험 환자 재정 지원 자격*: 연방 빈곤선을 토대로, 재정 지원 자격이 되는 무보험 환자에게 제공되는 할인 금액을 결정하는 데 다음의 표를 사용합니다. 재정 지원 자격이 되는 환자에게 제공되는 금액은 환자들에게 AGB 이상으로 청구하지 않기 위해 AGB 비율 한도에 대해 검토하게 됩니다.

FPL 티어	0% ~ 200% FPL	201% ~ 300% FPL	301% ~ 400% FPL	401% ~ 600% FPL
예상 환자 지불금	$0 PMT / 100% 말소	제공된 서비스 비용의 100%	제공된 서비스 비용의 100%	AGB 비율 (별첨 2 참조)
연간 최대 예상 환자 지불금	$0 PMT / 100% 말소	연간 가족 소득의 20%	연간 가족 소득의 20%	연간 가족 소득의 20%

i. FPL 은 FAP 의 **별첨 3** 에서 확인할 수 있고 각 병원의 AGB 비율은 **별첨 2** 에서 확인할 수 있습니다.

ii. NorthShore 병원 요금에 대한 예상 지불금은 가족 소득이 FPL 의 2~4 배 사이인 환자에 대한 병원의 비용 대 요금 비율의 100% 또는 가족 소득이 FPL 의 4~6 배 사이인 환자에 대한 일반 청구 금액에 대해 무보험 환자의 청구서에서 의학적으로 필요한 서비스에 대한 병원 요금을 공제해 결정합니다. 매년 수정 비율을 계산해 연도 시작 후 120 일이 되는 날부터 적용합니다. FPL 티어에 따른 NorthShore 할인 비율은 **별첨 4** 에서 확인할 수 있습니다. FPL 티어에 따른 Swedish Hospital 할인 비율은 **별첨 5** 에서 확인할 수 있습니다.

iii. 4/1/09 발효된 일리노이주 병원 무보험 환자 할인법(Illinois Hospital Uninsured Patient Discount Act)(210 ILCS 89/1)에 따라, 가족 소득이 FPL 의 4~6 배 사이인 환자에 대한 재정 지원 자격은 일리노이주 거주 중이며 의학적으로 필요한 요금이 $300 를 초과하는 환자로 제한됩니다. 또한 이 법에 따라, NorthShore 는 병원의 비용 대 요금 비율의 135%에 대한 할인을 일반 청구 금액과 비교해 더 관대한 할인을 환자에 대해 적용해 왔습니다.

D. *유보험 환자 재정 지원 자격*: FPL 을 토대로, 재정 지원 자격이 되는 유보험 환자에게 제공되는 할인 금액을 결정하는 데 다음의 표를 사용합니다. 환자는 의학적으로 필요한 서비스에 대해 건강 보험에서 지불한 후 남은 잔액(즉, 자기 부담금 잔액)에 대해 재정 지원 고려를 요청할 수 있습니다. 유보험 환자에 대한 재정 지원은 남은 환자 잔액이 $300 이상인 환자로 제한됩니다. 재정 지원 자격이 되는 환자에게 제공되는 금액은 환자들에게 AGB 이상으로 청구하지 않기 위해 AGB 비율 한도에 대해 검토하게 됩니다. FPL 티어에 따른 NorthShore 할인 비율은 **별첨 4** 에서 확인할 수 있습니다. FPL 티어에 따른 Swedish Hospital 할인 비율은 **별첨 5** 에서 확인할 수 있습니다. 아래에 명시한 가이드라인을 초과하는 가족 소득의 가족은 지불 계획 고려 대상으로 선별 평가를 받을 수 있습니다.

FPL 티어	0% ~ 200% FPL	201% ~ 400% FPL
예상 환자 지불금	$0 PMT / 100% 말소	AGB 비율 X 남은 자기 부담금 잔액

FPL 은 FAP 의 **별첨 3** 에서 확인할 수 있고 각 병원의 AGB 비율은 **별첨 2** 에서 확인할 수 있습니다.

E. *추정적 자격*: 무보험 환자는 아래 명시된 기준 중 하나를 토대로 재정 지원 자격이 있는 것으로 결정될 수 있습니다. 최소 1 개의 기준이 입증된 후에는 또 다른 소득 증빙을 요구하지 않습니다. 아래 목록은 환자의 가족 소득이 FPL 의 2 배 미만이고 해당 환자가 의학적으로 필요한 요금의 100% 차감 자격이 되는 상황을 나타냅니다. 무보험 환자에 대한 추정적 자격 선별 평가는 의학적으로 필요한 서비스를 받은 후, 그러한 서비스에 대한 일체 청구서 발행 전에 최대한 빨리 완료해야 합니다. 추정적 자격 지위의 가능성을 통지받은 경우 NorthShore 는 추정적 자격 검토 과정의 완료 동안 일체 환자 내역서 발행을 보류합니다. 또한, NorthShore 는 상황을 참작하면서 개인의 추정적 자격을 사전 승인하기 위해 외부 차선 및 비영리 기관과 협력할 수 있습니다. 이러한 기간의 예로는 연방 공인 건강 클리닉 또는 종료 비영리 기관이 있습니다.

i. 추정적 자격 기준은 다음과 같은 프로그램에 등록한 것으로 입증됩니다:

a) 여성, 유아 및 아동 영양 프로그램(Women, Infants and Children Nutrition Program, WIC)
b) 보충 영양 지원 프로그램(Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)
c) 일리노이주 무료 중식 및 조식 프로그램(Illinois Free Lunch and Breakfast Program)
d) 저소득 가정 비상 지원 프로그램(Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP)
e) 빈곤 가정 임시 지원(Temporary Assistance for Needy Families, TANF)
f) 일리노이주 주택개발국(Illinois Housing Development Authority) 임대 주택 지원 프로그램(Rental Housing Support Program)
g) 기준으로 저소득 재정 상태를 평가 및 문서화하는 의료를 제공하는 조직적인 지역사회 기반 프로그램 또는 자선 건강 프로그램
h) Medicaid 자격, 그러나 서비스 날짜에 혹은 비보장 서비스에 대해서는 자격 없음

ii. 추정적 자격 기준은 다음과 같은 생활 환경으로도 입증될 수 있습니다:

a) 의료 서비스에 대한 보조금 지원 수령
b) 노숙
c) 유산 없는 사망
d) 환자를 대리할 사람 없는 상황에서 정신적 무능력
e) 최근 개인 파산
f) 교정 시설 투옥
g) 수도원 소속 및 청빈 서약
h) 가족 소득이 FPL 2 배 미만임을 나타내는 독립 제 3 자 조회 기관의 증거

iii. 추정적 자격을 입증하는 방법으로는 다음이 있습니다.

a) 프로그램 등록 또는 기타 추정적 자격 기준의 전자 확인.

b) 독립적 전자 학인이 불가능할 경우, 등록 또는 기타 자격 기준의 증빙을 요청할 것입니다. 다음 중 하나로도 충분한 증빙이 될 수 있습니다:

1. WIC 바우처
2. SNAP 카드, 등록 증빙 화면 인쇄 또는 SNAP 승인 서한 사본
3. 학교로부터의 서한 또는 무료/할인가 식사 & 무료 웨이버 통지서와 서명
4. LIHEAP 수여 또는 승인 서한
5. 적십자, DHS 또는 HFS 로부터의 TANF 승인 서한
6. 주 또는 연방 보조 주택 프로그램의 경우 임대료 영수증
7. 임대주로부터의 임대료 조정 내역서 또는 HUD 카드 또는 서한
8. 일리노이주 프로그램에 대한 현행 자격을 보여주는 카드 또는 수여 서한
9. 보조금 기관으로부터의 내역서 또는 보조금 서한
10. 노숙 상태를 확인하는 개인 서약서 또는 교회나 보호소로부터의 서한
11. 변호사, 그룹 홈, 보호소, 수도원 또는 교회로부터의 서한
12. 파산 절차에 포함된 채권자로 NorthShore 를 식별하는 채무자 파산면책 통지서

F. *자격 타임라인*:

i. 무보험 환자의 경우, 재정 지원 결정은 신청 기간 중 날짜의 모든 자기 부담금 잔액에 대해 소급적으로, 환자의 추가적인 조치 없이 최소한 6개월 기간에 대해 전향적으로 유효할 것입니다. 환자는 6개월 기간에 발생한 재정 지원 결정에 영향을 미칠 수 있는 환자 재정 상황의 실질적인 변화가 있을 경우 변화로부터 삼십(30) 일 이내에 NorthShore에 알려야 합니다. 환자가 가족 소득의 실질적인 개선을 공개하지 않을 경우, 이는 그러한 실질적인 개선이 발생한 후 NorthShore에 의한 일체 재정 지원 제공을 무효화할 수 있습니다. 무보험 환자에 대한 추정적 자격 결정은 모든 미결 자기 부담금 잔액에 대해 소급적으로 유효할 수 있습니다.

ii. 유보험 환자의 경우, 재정 지원 결정은 신청 기간 중 날짜의 모든 자기 부담금 잔액에 대해 소급적으로 유효합니다. 유보험 환자는 미래에 발생하는 일체 응급 및 의학적으로 필요한 치료에 대해 재정 지원을 재신청할 수 있습니다.

G. *재정 지원 자격 결정을 위한 최종 선별 평가*: 환자가 재정 지원 자격이 되는 것으로 보이지만, 신청서가 파일에 없거나 증빙 서류가 부족한 경우가 있을 수 있습니다. 이러한 경우, 외부 기관의 데이터 및/또는 NorthShore의 미수금 계정 지불금/자선/악성 채무 이력 또는 Evanston Hospital의 NorthShore Community Health Center 또는 Erie Family Health Center 멤버십을 보험 및 고용 상태를 결정하고 재정 지원 결정을 위한 소득을 추정하는 데 사용할 수 있습니다. NorthShore는 재정 상태(예: 신용 점수)를 제3자가 확인한 환자에 대해 재정 지원을 승인할 것입니다. 이러한 경우, 재정 지원 조정 사항을 환자 계정에 게시할 수 있고 환자에게 재정 지원 신청서 제출을 요구하지 않을 것입니다. 제3자를 통한 재정 상태 확인은 Experian 지불 내비게이터(Experian Payment Navigator) 또는 기타 제3자 정보원을 이용해 이루어질 수 있습니다.

H. *긴급 또는 의학적으로 필요한 서비스*: 재정 지원은 병원 환경에서 이루어진 긴급 또는 의학적으로 필요한 서비스로 제한됩니다. 이 섹션의 어떤 부분도 환자의 지불 능력과 관계없이 응급 의료 상태의 치료와 관련하여 연방 또는 주법에 의거한 NorthShore의 의무 사항이나 관행을 변경하기 위한 의도는 아닙니다.

I. *신청 과정*

i. *신청 방법*: 재정 지원 신청서를 작성한 후 증빙 서류와 함께 제출해야 합니다. 신청서 무료 종이 사본은 NorthShore 웹사이트 www.northshore.org/about-us/billing/financial-assistance 또는 www.swedishcovenant.org/for-patients-and-visitors/pay-your-bill/hospital-financial-assistance-policy 에서 다운로드할 수 있습니다. 응급부서와 병원 등록 구역에서도 무료 종이 사본을 받아볼 수 있습니다. Swedish Hospital의 경우 (847) 570-5000 또는 (773) 989-3841번으로 전화해 우편을 통해서도 무료 종이 사본을 받아보실 수 있습니다.

ii. 신청인은 작성한 신청서와 증빙 서류를 아래에 나와 있는 NorthShore 주소로 발송하거나 병원 재정 상담사에게 제출할 수 있습니다. 병원 재정 상담사는 중앙 등록 데스크를 방문해 재정 상담사 면담을 요청하시면 찾으실 수 있습니다. 신청 과정에 대해 질문이 있거나, 신청서 작성 시 도움이 필요하거나 제출한 신청서 상태를 확인하시려면, 병원에서 해당 병원 재정 상담사를 직접 만나 도움을 받으시거나 Swedish Hospital의 경우 (847) 570-5000 또는 (773) 989-3841번으로 전화하실 수 있습니다.

iii. *작성한 신청서 발송처*:

NorthShore University HealthSystem
Patient Financial Services
P.O. Box 1006, Suite 330
Skokie, IL 60076-9877
팩스: (847) 982-6957
또는
병원 재정 상담사에게 접수하십시오.

Swedish Hospital 의 경우:

Swedish Hospital
Financial Service Center
5145 N. California Ave.
Chicago, IL 60625
팩스: (773) 878-3838
또는
병원 재정 상담사에게 접수하십시오.

iv. 재정 지원 또는 추정적 자격 고려 요청은 신청 기간 이내에 a) 환자 또는 보증인, b) 환자 또는 보증인의 대리인, c) 환자/신청인을 대신한 NorthShore 대리인 또는 d) 환자의 주치의가 개시할 수 있습니다.

v. 이 정책의 다른 부분에 개괄적으로 설명되어 있는 고려 사항에도 불구하고, 재정 지원 신청 과정에 협조하고 전적으로 참여하는 것은 환자의 책임입니다. 여기에는 일체 이용 가능한 제 3 자 건강 보장에 대해 정보를 제공하고, 정부 또는 기타 프로그램(예: Medicare, Medicaid, All Kids, FamilyCare, 부담 적정 보험법(Affordable Care Act) 건강 보험 거래소(Health Insurance Exchange), 제 3 자 책임, 범죄 피해자 수당 등)을 통한 자금 신청과 기타 재정 지원에 대한 환자의 자격 결정에 필요한 모든 서류와 증명을 적시에 솔직하게 제공하는 것이 포함됩니다. 그렇게 하지 않을 경우, 이는 환자의 재정 지원 신청서 고려 시 불리하게 영향을 미칠 수 있습니다. NorthShore 가 어쩔 수 없는 상황을 알게 되지 않는 한, 환자에게는 NorthShore 의 요청이 있은 후 삼십(30) 일 이내에 정보와 증명서, 서류를 제공할 것을 요청드립니다. 추정적 자격 케이스를 제외하고, 환자(또는 보증인/대리인)가 재정 지원 신청서에 서명해야 합니다.

vi. 재정 지원 신청 과정에서 재정 상담사가 신청인을 도와드릴 수 있습니다. 환자가 사망하고 책임 당사자가 식별되지 않은 경우, NorthShore 대리인이 그러한 요청을 생성하고 이용 가능한 정보와 서류(예: Medicaid "스펜드 다운" 양식, 유산 서류 등)를 사용해 신청서를 작성할 수 있습니다.

J. *가족 소득*:

i. 환자는 그러한 서류를 이용할 수 있는 경우, 다음 서류 중 1 개 이상을 제공해 가족 소득을 수립해야 합니다. 환자 가족 중에 1 명 이상의 취업 인력이 있는 경우, 각 인에 대해 아래 서류 중 1 개 이상을 제출해야 합니다:

a) 피고용인의 경우:
1. 가장 최근에 제출한 연방 소득 신고서
2. 가장 최근 2 개의 급여명세서
3. 모든 체킹, 세이빙즈 및 신용조합 계좌에 대한 가장 최근 2 개의 내역서

b) 자영업의 경우:
1. 가장 최근에 제출한 연방 소득 신고서
2. 모든 체킹, 세이빙즈 및 신용조합 계좌에 대한 가장 최근 2 개의 내역서

c) 실직자의 경우:
1. 가장 최근에 제출한 연방 소득 신고서
2. 수당 금액이 표시된 실업 수당 수여 서한
3. 고용 종료일이 표시된 이전 고용주의 서한
4. 지원 확인서

d) 풀타임 학생의 경우:
1. 대학 등록 증빙(풀타임 상태를 보여주는 칼리지 또는 대학으로부터의 서한 또는 수업료/재정 서류)

e) 은퇴자 또는 장애인의 경우:
1. 가장 최근에 제출한 연방 소득 신고서(해당하는 경우)
2. 월 수당 금액이 표시된 사회보장국으로부터의 수여 서한
3. 모든 체킹, 세이빙즈 및 신용조합 계좌에 대한 가장 최근 2 개의 내역서

f) 기타 비임금 소득 증빙(해당하는 경우)
1. 배우자 및/또는 자녀 양육비 서한
2. 임대 재산 소득
3. 투자 재산 소득
4. 위에 명시되지 않은 일체 기타 소득원

ii. 추정적 자격 케이스를 제외하고, 신청인은 신청 확인서에 서명해야 합니다. NorthShore 는 이후 증거로 신청인이 실질적으로 잘못된 정보를 제공하였음이 입증된 경우 결정 내용을 철회 또는 수정할 수 있습니다.

K. *추가 서류*: 신청인은 자산, 지출, 수입, 미납 채무 또는 본 FAP 에 따라 달리 자격이 되는 금액 이상의 재정 지원을 증빙하는 재정적 어려움을 보여주는 기타 상황에 관한 추가 서류를 제공하기로 선택할 수 있습니다. NorthShore 는 신청인의 재정적 입장이 그러한 소득 서류에 적절히 반영되지 않은 경우 신청인에게 추가 서류 제출을 요청할 수 있습니다.

L. *자격 알림*: NorthShore 는 NorthShore 가 완전히 작성한 재정 지원 신청서를 수령한 후 사십오(45) 일 이내에 신청인에게 서면으로 재정 지원 결정 내용을 알리기 위해 최선의 노력을 다할 것입니다. 이 알림에는 (승인된 신청에 대한) 재정 지원 비율 금액 및 해당하는 경우 환자 및/또는 가족으로부터 기대되는 지불액도 포함됩니다. 환자 및/또는 가족은 작성한 신청서에 대한 평가 동안 계속 내역서를 받게 됩니다. 전체로든 부분으로든 재정 지원 신청서를 거부하는 경우, NorthShore 는 신청인에게 그러한 결정의 사유를 알리고 신청인에게 질문이 있는 경우 연락처 정보를 제공합니다.

M. *불완전한 신청서*: 환자 및/또는 가족이 불완전한 신청서를 제출하는 경우, NorthShore 는 어떤 추가 정보 또는 서류가 필요한지 설명하는 서면 알림을 제공합니다.

N. *허위 또는 호도성 정보*: 신청인이 의료 지출비를 지불할 능력에 대하여 의도적으로 실질적으로 허위 또는 호도성 정보를 제공한 것으로 판단되는 경우, NorthShore 는 신청인의 현재 또는 미래의 신청서를 거부할 수 있습니다. 허위 정보가 악의 없이 제공된 경우, NorthShore 는 수정 정보를 근거로 결정을 내릴 것입니다. 환자가 의도적으로 제공한 실질적인 허위 정보를 토대로 재정 지원을 이미 승인한 경우, NorthShore 는 이전 재정 지원 승인을 취소할 수 있고, 그러한 경우 NorthShore 는 해당 환자로부터 납부해야 하는 일체 금액의 지불을 추구할 모든 법적 권리를 보유합니다. 실질적 허위 정보의 제공이 의도적이지 않은 경우, NorthShore 는 수정 정보를 토대로 결정 내용을 수정할 것입니다.

5. 부속 문서:

별첨 1 - FAP 제공자/의사 명단
별첨 2 - 시설별 일반 청구 금액(AGB) 비율
별첨 3 - 연방 빈곤선(FPL) 가이드라인
별첨 4 - NorthShore 재정 지원 할인표
별첨 5 - Swedish Hospital 재정 지원 할인표

6. 배포:

행정 지침 매뉴얼

7. 정책 책임:

선임 부사장, 비즈니스 서비스

8. 참고 문헌:

내부

행정 지침 매뉴얼: 청구 및 징수 정책
행정 지침 매뉴얼: HIPAA 정책(정보의 관리)
행정 지침 매뉴얼: HIPAA 정책
EMTALA 준수 매뉴얼: EMTALA 의학적 선별검사 정책

외부

보건 및 복지 서비스(HHS)
연방 빈곤 가이드라인, 가장 최근 연도
보험 무보험 환자 할인법(Hospital Uninsured Patient Discount Act)(210 ILCS 89/1)
내국세입법(Internal Revenue Code) 섹션 501(r)

9. 개정:

당 조직은 합리적인 통지와 함께 혹은 없이, 법적 구속 사항 이내에서 정책의 약관을 일방적으로 개정, 수정, 심의 또는 변경할 권리를 보유합니다.

10. 승인:

서명	직함	날짜
Brian M. Washa	Sr. Vice President, Business Services	11/23/2020
Douglas D. Welday	Chief Financial Officer	11/16/2020

11. 날짜:

문서표기화: 6/04 검토: 9/20 발효: 11/20 다음 검토: 9/23

별첨 1

FAP 제공자/의사 명단

모든 NorthShore 및 Swedish Medical Group 의사/제공자는 본 정책에 따라 보장됩니다. 본 정책에 따라 보장되지 않는 NorthShore 병원 시설에서 응급 또는 기타 의학적으로 필요한 치료를 제공하는 독립/비고용 제공자 명단은 온라인 www.northshore.org/about-us/billing/financial-assistance 에서 별도 문서로 확인할 수 있습니다. 본 정책에 따라 보장되지 않는 Swedish Hospital 에서 응급 또는 기타 의학적으로 필요한 치료를 제공하는 독립/비고용 제공자 명단은 온라인 www.swedishcovenant.org/for-patients-and-visitors/pay-your-bill/hospital-financial-assistance-policy 에서 별도 문서로 확인할 수 있습니다. 별첨 1 의 무료 종이 사본도 응급부서 및 병원 등록 구역에서 요청 시, 그리고 NorthShore 는 (847) 570-5000 번, Swedish Hospital 은 (773) 989-3841 번으로 전화해 우편으로 받아볼 수 있습니다. 제공자 명단의 변경 사항을 위한 업데이트는 분기별로 이루어집니다.

별첨 2
일반 청구 비용(AGB) 비율

재정 지원 자격이 되는 환자에게는 응급 또는 의학적으로 필요한 치료에 대해 보험이 있는 환자에 대한 일반 청구 금액(AGB)보다 더 많은 금액이 청구되지 않습니다. 병원 AGB 비율은 "사후 조정(look-back)" 방식으로 계산됩니다. 이는 Medicare 행위별 수가 금액과 민간 보험사에서 허용한 청구 총액을 12 개월에 대해 총 비용으로 나눈 것입니다. 재정 지원 자격이 되는 환자에게 제공되는 금액은 환자들에게 AGB 이상으로 청구하지 않기 위해 AGB 비율 한도에 대해 검토하게 됩니다.

제공자	AGB %	할인 %
Evanston Hospital	30%	70%
Glenbrook Hospital	30%	70%
Highland Park Hospital	30%	70%
Skokie Hospital	30%	70%
Swedish Hospital	19%	81%
NorthShore Medical Group	30%	70%
Swedish Medical Group	19%	81%

본 정책에서 사용할 목적으로, 각 시설의 AGB 비율은 매년 계산해 해당 연도 시작 후 120 일부터 적용합니다.

별첨 3

연방 빈곤선(FPL) 가이드라인

본 정책에서 말하는 빈곤 가이드라인은 연방 관보에 게재된 대로 매년 미 보건복지부가 발행하는 가이드라인입니다. 현행 빈곤 가이드라인의 소득 임계치는 2022 년 1 월 12 일에 게재된 것입니다.

가족 규모(명)	FPL
1	$13,590
2	$18,310
3	$23,030
4	$27,750
5	$32,470
6	$37,190
7	$41,910
8	$46,630

8 명을 초과하는 가족 단위의 경우, 각 추가 인원에 대해 $4,720 를 추가해 FPL 을 결정합니다.

본 정책의 목적으로, 특정 조항에서 추가 의료 지출을 위한 조정을 허용하는 반면, 위에 명시된 소득 수준은 총소득으로 이해됩니다. 본 정책에서 사용할 목적으로, 연방 빈곤 소득 수준은 연방 정부가 개정해 연방 관보에 게재한 후 매년 업데이트됩니다.

별첨 4
NorthShore 재정 지원 할인표

무보험 환자 할인표

아래는 무보험 환자에 대한 FPL 티어별 할인 비율입니다. 이 할인 비율은 응급 또는 의학적으로 필요한 치료에 대한 요금에 적용됩니다.

가족 규모(명)	**0%~200% FPL**	**201%~300% FPL**	**301%~400% FPL**	**401%~600% FPL**
	100% 할인을 위한 최대 소득	**75%** 할인을 위한 최대 소득	**75%** 할인을 위한 최대 소득	**70%** 할인을 위한 최대 소득
1	$27,180	$40,770	$54,360	$81,540
2	$36,620	$54,930	$73,240	$109,860
3	$46,060	$69,090	$92,120	$138,180
4	$55,500	$83,250	$111,000	$166,500
5	$64,940	$97,410	$129,880	$194,820
6	$74,380	$111,570	$148,760	$223,140
7	$83,820	$125,730	$167,640	$251,460
8	$93,260	$139,890	$186,520	$279,780
연간 최대 지불액	지불액 $0/ 100% 할인	연간 가족 소득의 20%	연간 가족 소득의 20%	연간 가족 소득의 20%

유보험 환자 할인표

아래는 유보험 환자에 대한 FPL 티어별 할인 비율입니다. 이 할인 비율은 응급 또는 의학적으로 필요한 치료에 대한 남은 자기 부담금 잔액에 적용됩니다.

가족 규모(명)	**0%~200% FPL**	**201%~400% FPL**
	100% 할인을 위한 최대 소득	**70%** 할인을 위한 최대 소득
1	$27,180	$54,360
2	$36,620	$73,240
3	$46,060	$92,120
4	$55,500	$111,000
5	$64,940	$129,880

6	$74,380	$148,760
7	$83,820	$167,640
8	$93,260	$186,520

별첨 5

Swedish Hospital 재정 지원 할인표

무보험 환자 할인표

아래는 무보험 환자에 대한 FPL 티어별 할인 비율입니다. 이 할인 비율은 응급 또는 의학적으로 필요한 치료에 대한 요금에 적용됩니다.

가족 규모(명)	0%~200% FPL	201%~300% FPL	301%~400% FPL	401%~600% FPL
	100% 할인을 위한 최대 소득	**83%** 할인을 위한 최대 소득	**83%** 할인을 위한 최대 소득	**81%** 할인을 위한 최대 소득
1	$27,180	$40,770	$54,360	$81,540
2	$36,620	$54,930	$73,240	$109,860
3	$46,060	$69,090	$92,120	$138,180
4	$55,500	$83,250	$111,000	$166,500
5	$64,940	$97,410	$129,880	$194,820
6	$74,380	$111,570	$148,760	$223,140
7	$83,820	$125,730	$167,640	$251,460
8	$93,260	$139,890	$186,520	$279,780
연간 최대 지불액	지불액 $0/ 100% 할인	연간 가족 소득의 20%	연간 가족 소득의 20%	연간 가족 소득의 20%

유보험 환자 할인표

아래는 유보험 환자에 대한 FPL 티어별 할인 비율입니다. 이 할인 비율은 응급 또는 의학적으로 필요한 치료에 대한 남은 자기 부담금 잔액에 적용됩니다.

가족 규모(명)	0%~200% FPL	201%~400% FPL
	100% 할인을 위한 최대 소득	**81%** 할인을 위한 최대 소득
1	$27,180	$54,360
2	$36,620	$73,240

3	$46,060	$92,120
4	$55,500	$111,000
5	$64,940	$129,880
6	$74,380	$148,760
7	$83,820	$167,640
8	$93,260	$186,520